

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

N°

THÈSE

476

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Eljasz LEUCHTER

Né le 15 Septembre 1909, à Sambor (Pologne)

**Contribution à l'étude
de la descendance
des hérédosyphilitiques**

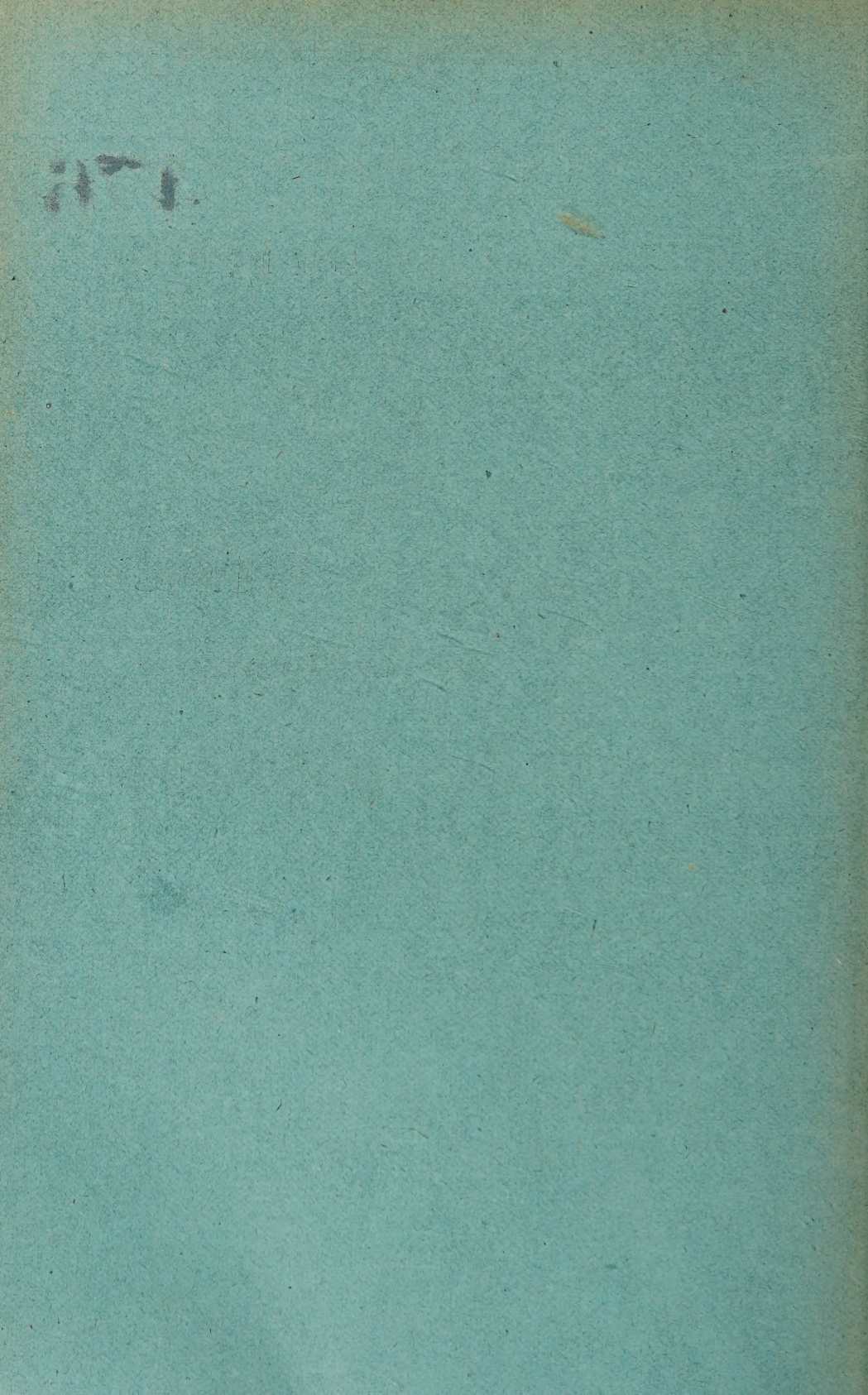
Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE PICART

59, Boulevard Saint-Michel, 59

1935



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Eljasz LEUCHTER

Né le 15 Septembre 1909, à Sambor (Pologne)

Contribution à l'étude de la descendance des hérédo-syphilitiques

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE PICART

59, Boulevard Saint-Michel, 59

1935

I. — PROFESSEURS

Le Doyen..... G. ROUSSY

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale.....	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des ma-	GUILLAIN.
ladies de l'encéphale.....	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNÉO.
Clinique des maladies infectieuses.....	GOSSET.
Clinique chirurgicale.....	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique.....	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	PROUST.
pédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryncologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.....	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	MATHIEU.
dulte	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Pathologie médicale.....	BERNARD ETIENNE.
Pathologie médicale.....	BOULIN.
Histologie.....	BULLIARD.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique.....	DOGNON.
Urologie.....	FEY.
Parasitologie.....	GALLIARD.
Bactériologie.....	DE GAUDART D'ALLAINES
Pathologie chirurgicale.....	GAYET.
Physiologie.....	GIROUD.
Histologie.....	HAGUENAU.
Pathologie médicale.....	HALPHEN.
Oto-rhino-laryngologie.....	HAZARD.
Pharmacologie.....	HUGUENIN.
Anatomie pathologique.....	JOANNON.
Hygiène.....	LABBÉ HENRI.
Obstétrique.....	LACOMME.
Obstétrique.....	LANTUÉJOUL.
Pathologie médicale.....	LAROCHE Guy.
Pathologie expérimentale.....	LEMAIRE.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Pharmacologie.....	Mlle J. LEVY.
Neurologie et Psychiatrie.....	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie médicale.....	MOUQUIN.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Pathologie chirurgicale.....	PETIT-LUTAILLIS.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique.....	PORTES.
Physiologie.....	RICHET.
Chimie biologique.....	SANNIE.
Pathologie chirurgicale.....	SÈNEQUE.
Pathologie expérimentale.....	TROISIER.
Pathologie médicale.....	TURPIN.
Obstétrique.....	VIGNES.
Pathologie chirurgicale.....	WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.....	ALGRAVE.
Pharmacologie.....	BUSQUET.
Physiologie.....	CHAILLEY-BERT.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie.....	NEVEU-LEMAIRE.
Physique.....	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.
ABRAMI.
ALAJOUANINE.
AUBERTIN.
BRULÉ.
CHABROL.
CHIRAY.
DONZELOT.
DUVOIR.
HARVIER.
LIAN.
PASTEUR-VALLÉRY-
RADOT.
SEZARY.

Clinique
médicale

MM.
BASSET.
BROCO.
CADENAT.
GATELLIER.
HEITZ-BOYER
MOCQUOT.
MOURE.
QUENU.
SCHWARTZ.
VELTER.

Clinique
chirurgicale

MM.
ECALLE
GUENIOT.
LE LORIER.
LEVY-SOLAL.
METZGER.

Clinique obstétricale..

V. — CHARGÉS DE COURS

Education physique.....
Radiologie clinique.....
Puériculture

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé.
LEDoux-LEBARD.
WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE ET A MON PERE

*En témoignage de mon affection
et de ma profonde reconnaissance
pour les sacrifices que leur ont im-
posés mes études.*

MEIS ET AMICIS

A M. LE PROFESSEUR A. COUVELAIRE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
ACCOUCHEUR DES HOPITAUX
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A MON MAITRE ED. LEVY-SOLAL

PROFESSEUR AGRÉGÉ

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ACCOCHEUR DES HOPITAUX

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueuse et profonde admiration pour l'enseignement qu'il nous a prodigué.

A M. LE DOCTEUR JEAN GALLOT

Qui nous a inspiré ce sujet et nous a aidé de ses conseils et de son expérience. Nous le prions d'accepter ici l'hommage de toute notre gratitude.

INTRODUCTION

Il nous a paru intéressant de rechercher parmi les nombreuses observations recueillies à la consultation de syphiligraphie de la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine, celles qui permettent de suivre l'évolution de la syphilis au cours de générations successives.

Nous avons trouvé un nombre important de documents dans lesquels le rôle de la syphilis pouvait être légitimement suspecté pendant deux générations.

Mais il nous a semblé qu'une certaine quantité de ces documents pourraient aussi prêter à quelques critiques du fait que la preuve de l'infection syphilitique initiale ne pouvait être formellement présentée.

Nous avons été ainsi amenés à opérer une sélection plus rigoureuse et à n'admettre que des faits absolument indiscutables sous ce rapport.

Pour expliquer ce choix, nous rappelons tout de suite les conditions nécessaires pour établir formellement l'existence de la syphilis à la deuxième et même troisième génération précédente :

1° Connaissance de la syphilis avouée chez les grands-parents (ou arrière grands-parents).

2° Connaissance, en dehors de la syphilis avouée, d'accidents spécifiquement syphilitiques survenus chez l'un d'eux : tabès, paralysie générale, anévrisme aortique, etc.

3° Symptômes découverts au cours de l'examen des grands-parents, la syphilis étant ignorée (réactions sérologiques).

4° Accidents dus à la syphilis héréditaire, survenus à la génération suivante : lésions oculaires, nerveuses, osseuses indiscutablement syphilitiques, ou stigmates tels que dents d'Hutchinson... apportant la preuve de la syphilis héréditaire de première génération.

Ces faits étant établis, il reste à prouver :

1° La syphilis étant connue à la deuxième génération précédente, que l'infection existait avant la conception.

2° Dans tous les cas, qu'une infection acquise n'est pas intervenue à la génération suivante.

Ces causes d'erreur ne peuvent être entièrement éliminées dans tous les cas, et nous pensons d'ailleurs qu'elles doivent être retenues pour expliquer certains faits paradoxaux. Nous signalons également l'influence possible de traitements plus ou moins dissimulés, sur l'évolution de la maladie au cours des diverses générations.

La difficulté de grouper des faits précis et indiscutables est sans doute la cause du petit nombre d'observations publiées, et nous croyons très utile de con-

fronter un nombre important de statistiques pour établir les lois encore mystérieuses de cette hérédité.

Nous n'avons pas désiré orienter ce travail dans un sens déterminé : nous nous sommes bornés en dépouillant nos observations, à dégager des chiffres et des faits. Nous examinerons ensuite comparativement les manifestations de la syphilis héréditaire à la première et à la deuxième génération, pour rechercher si ces manifestations présentent un aspect différent et s'il est possible de leur attribuer des caractères propres.

HISTORIQUE

Il est classique de rappeler que l'hérédité syphilitique à travers plusieurs générations a été soupçonnée par des anciens, en particulier par Paracelse, Van Helmont, Raulin, mais que ce sujet n'a été réellement abordé que par A. Fournier en 1891 ; ce dernier établit indiscutablement, semble-t-il, la transmission de la syphilis jusqu'à la troisième génération.

Néanmoins, des controverses nombreuses furent soulevées. Des auteurs, tels que Tarnowsky ont soutenu que l'hérédo-syphilitique ne peut transmettre à son enfant des manifestations virulentes de syphilis, à moins qu'il n'ait à nouveau contracté la syphilis « syphilis binaire ». Mais dans sa statistique publiée en 1905, Ed. Fournier apportait des faits irrécusables en faveur de la syphilis de deuxième génération et il établissait les conditions exigées pour faire la preuve de cette transmission.

Nous devons également signaler les discussions relatives à la transmission de la syphilis par la lignée paternelle. Higoumenakis invoque la possibilité de la contamination de la mère d'hérédo-syphilitiques de seconde génération par le sperme et dans ce cas, se-

lon lui, la mère ne resterait saine qu'en apparence. Mais pour d'autres : Ehrmann de Vienne, Jessmer... la transmission ne peut se faire que par la mère par voie placentaire, et il faut prouver l'origine maternelle pour affirmer la transmission de l'infection à la deuxième génération. Mlle Laurent, dans sa thèse, conclut à la possibilité d'hérédo-syphilis d'origine paternelle et en publie deux observations.

On a discuté plus encore sur les caractères de l'infection syphilitique au cours des générations successives. Deux grands courants d'opinion se sont établis : Pour les uns, l'infection syphilitique est transmise intégralement à la deuxième génération ; pour les autres ce qui est caractéristique de la deuxième génération, ce sont des altérations dystrophiques liées indirectement à la syphilis.

I. — Pour les premiers, il n'existe pas de différences essentielles entre les manifestations de la syphilis héréditaire au cours de la première et de la deuxième génération ; cependant la plupart des auteurs admettent qu'on observe plus généralement des formes atténuées au cours de la deuxième génération.

Hutchinson et Finger admettent que théoriquement la syphilis virulente de seconde génération est possible. Paget, dans sa thèse de 1921, conclut que la syphilis héréditaire de deuxième génération est une syphilis réelle et que les spirochètes sont transmis ; pour lui, il y a identité entre les caractères de la syphilis aux deux générations.

Leredde, en 1925, puis Higoumenakis confirment cette opinion : pour Higoumenakis « le virus syphilitique étant souvent endormi à la première génération, se réveille à la seconde et devient toxique ».

Dans le même sens, Milian déclarait en 1923 que la plupart des signes considérés comme dystrophiques, « sont en réalité des signes d'une syphilis virulente, mais très atténuée ». Ces manifestations d'apparence fixées seraient dues soit à une réaction locale directe où le tréponème agit sur place réalisant des stigmates ou dystrophies localisées, soit à une atteinte des glandes endocrines qu'il infecte, réalisant une malformation importante ou une dystrophie généralisée. Il ajoute aux deux formes d'hérédo-syphilis déjà existantes : virulente et dystrophique, une troisième forme d'hérédo-syphilis « muette » ne se manifestant par aucun symptôme objectif ni clinique pouvant se révéler un jour par un accident classique de syphilis.

En 1924, Riche signale d'ailleurs que la syphilis héréditaire peut être transmise à la deuxième génération par des sujets en apparence sains ; pour lui, ainsi que pour Higoumenakis, toute syphilis de deuxième génération est une syphilis vraie avec présence de spirochètes.

Dans sa publication de 1926, Cornaz reconnaît que « la syphilis héréditaire souvent atténuée et peu virulente... peut ne pas se manifester pendant des années... ce qui ne l'empêchera pas tout à coup, sans que rien le fasse prévoir... de reprendre une virulence extrême ».

II. — D'autres auteurs n'admettent pas, au contraire, la syphilis virulente de deuxième génération et pensent que l'enfant ne reçoit pas de ses parents hérédo-syphilitiques, la syphilis en nature, mais héritent d'eux une tare se traduisant par des formes dystrophiques diverses.

L'existence de ces formes purement dystrophiques n'est pas expliquée d'une façon identique par les auteurs. Déjà Fournier expliquait que la syphilis héréditaire agit en troublant la formation des organes commandant le développement, ou en altérant au cours de la vie embryonnaire, certaines cellules.

Audrain envisage l'importance des glandes endocrines dont les atteintes peuvent influencer sur tout l'organisme. Il isole quatre grands caractères liés à la syphilis héréditaire :

- 1° Localisation élective des accidents ;
- 2° Rareté des phénomènes douloureux ;
- 3° Périodicité des manifestations morbides ;
- 4° Habitus d'énergie morale et de résistance physique très particulier.

Actuellement, Hutinel, Barthélémy, Nicolas et Gaté expliquent l'hérédo-syphilis dystrophique en incriminant « l'atteinte portée par l'hérédo-syphilis à la formation normale et au jeu harmonieux des glandes endocrines, celles-ci étant envisagées dans leur sens le plus large d'organes présidant au développement pondéral et statural de l'organisme physique et psychique ». Ce seraient donc ces perturbations endocrinien-

nes qui seraient à l'origine des malformations, de l'amoindrissement physique, des anomalies et des névropathies si souvent relevées dans la descendance des hérédo-syphilitiques.

Pour Grenet et ses élèves : Pélissier, Lebout, Mlle Laurent, la syphilis héréditaire de deuxième génération est rarement virulente et se présente avec des aspects caractéristiques. Dans sa thèse de 1930, Mlle Laurent aboutit aux conclusions suivantes concernant la deuxième génération : pas de mortalité fœtale ; pas d'atteinte de fœtus ; lésions moins graves, moins marquées, moins spécifiques qu'à la première génération ; localisations non électives, sauf en ce qui concerne les glandes endocrines dont l'atteinte peut être isolée et peut ne produire que des troubles de la santé générale ou un simple retard de développement physique ou intellectuel ; identité fréquente des manifestations pathologiques dans la descendance. Cependant l'auteur reconnaît que malgré les caractères propres qu'elle attribue à la syphilis de deuxième génération « il s'agit d'une infection syphilitique vraie dans la majorité des cas » se basant surtout sur des arguments sérologiques et thérapeutiques, et conclut avec Grenet : « c'est presque toujours de la syphilis, mais sa virulence est inégale. »

OBSERVATIONS

Toutes ces observations inédites ont été tirées des archives du dispensaire anti-syphilitique, annexé à la maternité de Saint-Antoine, dirigé par le Dr J. Gallot.

Observation N° 1. — Famille Me...

Grand-père maternel vivant, ancien marin, a longtemps vécu aux colonies, avait la dysenterie, traité pour syphilis, touse et crache abondamment.

Grand'mère maternelle, bien portante.

Enfants : 2 jumeaux âgés de 16 ans, dont un très nerveux avec troubles mentaux, le second bien portant. Un troisième enfant, notre malade.

Grand-père paternel mort subitement, alcoolique ; grand'mère bien portante.

3 enfants, dont 2 frères et 1 sœur, tous bien portants.

Père très bien portant.

Mère, réglée à 13 ans, irrégulièrement. Elevée difficilement à cause d'une affection de la colonne vertébrale. Dans l'enfance croup, rougeole, kératite interstitielle à 8 ans. Plus tard eczéma traité pendant 6 mois, une paratyphoïde à l'âge adulte ; entérite grave en même temps ; salpingite double. Stigmates : nez aplati, dents déchaussées.

Gestations : 1° fille à terme, bien portante, traitée à partir du 5° mois ; BW et Hecht partiellement positifs, Meinike négatif.

2° 1926, avortement de 2 mois.

3° 1930, garçon né à terme, pesait 3 kg 150, placenta, 600 gr. ; a eu la rougeole, coqueluche et bronchite à 14 mois. BW, Hecht et Meinike négatifs.

Sérologie de la mère :

20-11-29 : BW négatif, Hecht positif, Meinike partiel positif.

7-5-30 : BW partiel positif, Hecht positif, Meinike positif.

27-2-35 : BW négatif, Hecht négatif, Meinike positif.

La mère a été traitée pendant sa troisième gestation ; elle avait reçu auparavant quelques doses de sulfarsenol et novar très mal tolérées.

Cas probant d'hérédo-syphilis de deuxième génération. Tous les postulats de Fournier sont remplis : Le grand-père maternel contracte la syphilis, dans sa progéniture des jumeaux, probablement gestation univitelline, un des jumeaux nerveux et dément. Une fille atteinte de kératite interstitielle à 8 ans ; présente des stigmates hérédo-syphilitiques assez nets et une sérologie positive. Elle donne naissance à une fille, qui présente des réactions sérologiques positives et fait ensuite une fausse couche. Après traitement, elle accouche d'un garçon normal, sérologiquement indemne.

Observation N° 2. — Famille Cab...

Grand-père maternel bien portant, 76 ans, aucun antécédent pathologique appréciable. Grand'mère maternelle, 75 ans, a contracté la syphilis vers l'âge de 35 ans, présente actuellement une hémiplegie droite.

Leurs enfants : 1° fille bien portante, 48 ans, a 2 enfants.

2° fille bien portante, 42 ans, a un enfant.

Après ces deux gestations la mère contracte la syphilis.

3° enfant mort-né.

4° enfant mort-né.

5° enfant à terme, mort à 3 mois.

6° notre malade.

Père, rien de suspect, pas de syphilis acquise.

Mère, à terme, réglée normalement. A eu dans l'enfance des céphalées fréquentes, entérites fréquentes. A l'âge adulte, opérée d'appendicite. Aucun stigmate d'hérédo-syphilis, pas de syphilis acquise.

A eu une seule gestation, qui s'est terminée par un avortement vers le 3^e mois.

Le traitement commencé tout de suite après a été continué pendant 4 mois.

L'examen du sang pratiqué après l'avortement montre le BW et le Hecht négatifs. Après un traitement de 4 mois, le BW se révèle partiellement positif, le Hecht étant toujours négatif.

Il s'agit d'une hérédo-syphilis certaine de deuxième génération. La grand'mère syphilitique donne naissance à deux enfants normaux et bien portants ; après ces deux gestations, elle contracte la syphilis, ses 4 gestations ultérieures aboutissant à 3 mort-nés et une fille vivante, notre malade, dont la gestation se termine par un avortement. La sérologie devient après réactivation, positive.

Observation N° 3. — Famille Da...

Grand-père maternel, 60 ans, asthme, emphysème, a contracté la syphilis à 20 ans.

Grand'mère maternelle, décédée de congestion cérébrale à 45 ans.

Leurs enfants : 1^o garçon mort à la guerre.

2^o notre malade.

3^o avortement.

4^o fille, beaucoup de maladies infectieuses dans l'enfance.

Grands-parents paternels, vivants, bien portants, jamais malades.

Père, bien portant.

Mère, réglée à 15 ans 1/2, régulièrement. Dans l'enfance : rougeole, scarlatine, varicelle. Vers 10 ans, est devenue subitement aveugle, probablement kératite interstitielle. Vers 13 ans, poussée ganglionnaire (?). Dents écartées, larges et courtes ; langue hérédo-syphilitique

nette avec des sillons multiples ; surdité partielle ; cicatrices d'écrouelles sur le cou, dans la région sous-maxillaire et retro-auriculaire de deux côtés.

Gestations : 1° G..., 6 ans 1/2, à terme.

2° S..., 4 ans 1/2, convulsions répétées, strabisme dès la naissance.

3° R..., 20 mois, athrepsique.

L'examen sérologique montre le BW très positif, le Hecht positif. La mère a commencé le traitement à Saint-Antoine et le continue à Saint-Louis.

Hérédo-syphilis de seconde génération indiscutable transmise par lignée maternelle. Le grand-père maternel syphilitique engendre une fille, atteinte très probablement de kératite interstitielle dans l'enfance et qui présente actuellement un certain nombre de stigmates avec une sérologie positive. Elle met au monde deux enfants tarés : un, qui a des convulsions et un strabisme marqué, l'autre athrepsique.

Observation N° 4. — Famille Ha...

Du côté paternel, nous possédons toute la généalogie avec l'état de santé très détaillé de toute l'ascendance depuis environ l'an 1820. Nous notons simplement, que l'arrière grand-père Th... des enfants examinés eut dix enfants ayant tous vécu jusqu'à un âge très avancé, sauf une jumelle morte peu après la naissance.

Le grand-père paternel Ja... était le quatrième enfant de cette souche. Il eut une première attaque de paralysie à l'âge de 71 ans. On lui fit plusieurs saignées. Il eût une nouvelle attaque 7 ans après et, devenu sourd et muet, paralysé, l'intelligence obscurcie au cours des derniers mois, il mourut après avoir refusé pendant trois jours toute nourriture. Il avait de toutes petites dents, prétendant n'avoir jamais perdu ses dents de lait. Homme fort, bien portant, très travailleur. Il eut quatre enfants d'un premier mariage, trois garçons et une fille : l'un des garçons mourut de diphtérie à 7 ans et la fille mourut d'épuisement (tuberculose ?) après s'être mariée et mis

au monde deux enfants. Il se remarie ensuite avec An. Dou...

Grand'mère maternelle, An. Dou... Elle a les dents de la mâchoire inférieure plantées un peu en éventail, amincies à la base et très serrées. Elle a beaucoup souffert d'iritis, il y a 40 ans. Il y a 16 ans, elle souffrait de rhumatismes qui ont fait enfler ses jambes. Elle a eu un phlegmon au bras et à la jambe gauche, ce dernier ayant laissé une grande cicatrice. Ses genoux ont été ensuite ankylosés. Elle a eu toute sa vie des écoulements d'oreille. Enceinte deux fois, elle a donné la vie à L. Ha... et a fait ensuite une fausse-couche. A l'examen, on a constaté qu'elle présentait des réactions sérologiques très nettement positives. Elle-même a eu neuf frères et sœurs qui ont tous eu des convulsions : deux sont morts en bas-âge, quatre sont morts vers l'âge de 20 ans, un chétif et retardé est mort à 5 ans de crises convulsives ; à part elle, deux survivants : un frère cardiaque ayant trois enfants dont un épileptique et un autre né à 6 mois, débile et fragile, une sœurs toujours chétive et ayant eu des convulsions répétées.

Père L. Ha... toujours bien portant, n'a jamais contracté la syphilis. BW dissocié, c'est-à-dire positif avec sérum non chauffé et négatif avec sérum chauffé.

Mère, née à terme, pesait à la naissance 5 kg 900, a marché à 1 an, a eu beaucoup de céphalées, réglée à 13 ans. Pas de syphilis acquise.

Gestations : (Nous résumons maintenant l'observation de MM. Lhermitte et Dupont concernant les deux premiers enfants, présentés à la Société de Neurologie le 7-11-1929.)

1° Ernest, né en 1923, à terme, pesait à la naissance 5 kilos. La première dentition se fit dans de bonnes conditions ; premiers pas vers 15 mois. A l'époque où l'enfant commençait à marcher, on fut frappé par la tendance de l'enfant à tomber et surtout à fléchir sur les membres inférieurs. L'intelligence parut s'éveiller normalement. Vers l'âge de 2 ans 1/2, l'entourage remarqua que l'enfant traînait la jambe gauche ; cette parésie s'accusait progressivement. Et, à la suite d'une légère angine apparurent des crises convulsives, lesquelles furent sui-

vies d'une parésie de tout le côté gauche du corps. Cette hémiparésie fut très fugace et sembla guérir complètement. Mais, à partir de cette époque, l'intelligence, l'activité cérébrale en général subirent une régression très manifeste. L'enfant devient turbulent, parut ne plus comprendre, ne plus s'intéresser ; enfin, et fait plus remarquable encore, le malade s'arrêta brusquement dans ses progrès de langage.

A l'examen, on se trouve en présence d'un très gros enfant, dont le poids atteint 25 kilos. Le ventre est proéminent, les seins très développés, les saillies osseuses et musculaires sont recouvertes d'un épais panicule adipeux, les fesses sont très saillantes, la tête grosse. On ne constate rien d'anormal dans les conformations des pieds et des mains. Les oreilles sont bien ourlées, les dents petites, mais régulières et bien venues ; les yeux sont normaux. Au point de vue neurologique, on ne constate, aucun trouble des reflexes tendineux ou cutanés, aucune incoordination, aucun trouble de la statique. Du point de vue psychique, les troubles sont considérables : tout d'abord il s'agit d'une enfant extrêmement arriérée, qui comprend mal les questions et est incapable d'y répondre. Sa turbulence est extrême et tout le temps des examens, auxquels on s'est livré, l'enfant s'agite, piétine, se roule sur le lit, casse et déchire les objets qui lui tombent sous la main. C'est un très bel exemple d'un enfant turbulent. Au point de vue corporel, on remarque également le faible développement des organes génitaux externes et la petitesse extrême des testicules, dont la consistance est particulièrement molle. Une ponction lombaire fut pratiquée à cet enfant le 8-5-1929, qui montra l'existence d'une réaction de BW très fortement positive et l'épreuve du benjoin colloïdal négative. L'examen du sang montra également le BW et le Hecht positifs. Cet enfant est mort à l'âge de 6 ans présentant un syndrome dementiel.

2° Je... né à terme et pesait 4 kg 500 à la naissance. D'après les parents cet enfant présenta des manifestations rachitiques précoces à l'âge de 9 mois, pour lesquelles il fut soigné dans un hôpital d'enfants.

Actuellement, on se trouve en présence d'un enfant

très gros pour son âge et pour sa taille, puisque son poids atteint 23 kilos à 4 ans. Le ventre est très proéminent et la peau est distendue par une graisse molle. De même que chez son frère, les saillies osseuses et musculaires sont marquées. Les tibias sont très arqués, surtout du côté gauche. Au point de vue neurologique, on ne constate aucun symptôme anormal du côté de la reflectivité, de la sensibilité ou de la motricité. On a noté seulement que les paroles, les gestes, les actes que l'enfant exécute dans ses jeux sont un peu plus lents, mais nullement maladroits. L'intelligence est suffisamment développée. De même que son frère, ce jeune enfant présente des testicules très petits et des organes génitaux faiblement développés. Le BW et le Hecht sont positifs dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. A 7 ans, il fait une kératite interstitielle.

Remarque : « Les deux frères sont des exemples assez purs de dystrophie adiposo-génitale. En effet, chez l'ainé, comme chez le cadet, on retrouve une proéminance de l'abdomen et des reins, une saillie fessière du type féminin, enfin, la disparition de toutes les saillies osseuses et musculaires. Chez tous les deux également, on relève la présence d'une atrophie des organes génitaux, particulièrement des testicules, qui sont très mous au palper. Ce qui distingue l'ainé du cadet, tient dans les manifestations psychopathiques. L'ainé est un arriéré prononcé, presque un idiot avec turbulence, le second semble avoir un psychisme en rapport avec son âge. Chez ces deux frères, l'origine de la dystrophie adiposo-génitale est certaine, puisque aussi bien chez l'ainé que chez le second de ces enfants, le liquide céphalo-rachidien est riche en sensibilisatrice spécifique et que chez les deux également les réactions de BW et Hecht sont franchement positives dans le sang ».

Les enfants nés ultérieurement ont été suivis à la maternité de Saint-Antoine, où la mère a été régulièrement traitée. Le traitement n'a pas été effectué simultanément, comme cela eût été désirable chez le père, qui s'y est toujours refusé.

3° Ro..., né à terme en 1928, pesait à la naissance 4 kg 200, son placenta 550 gr. Traité aussitôt après sa

naissance, sa sérologie a toujours été négative. Examiné, à l'âge de 5 ans, présentait des végétations nasales et pharyngées infectées, une hilité à la radio avec ganglions pulmonaires très marqués. A été envoyé au préventorium Vu l'année suivante, à 6 ans, est devenu très nerveux, présentait de l'incontinence d'urine, intelligence et affectivité normales. Syndrôme à adiposité marqué avec signes légers de rachitisme.

4° M. Al..., à terme en 1930, pesait 3 kg 360, placenta 500 gr. Est morte subitement ; foie hypertrophié à l'âge de 3 mois ; n'avait pas été amené pour traitement.

5° An. M..., née en 1931, pesait 3 kg 850, placenta 600 gr. Examiné à l'âge de 3 ans, présente un léger rachitisme des membres inférieurs et un retard de parole. Sérologie négative dans le sang.

6° D..., née à terme, bien portante, rachitisme léger.

7° Cl..., née en 1934, pesait 3 kg 420, placenta 480 gr. Normalement constituée et bien portante. BW et Hecht négatifs.

Sérologie de la mère : De très nombreuses réactions sérologiques ont été effectuées, toutes négatives. Nous notons sans insister, qu'au cours du traitement (4^e gestation) les réactions sérologiques se sont montrées positives une seule fois et pour la première fois et que renouvelées, elles ont toujours été négatives. Par ailleurs, une ponction lombaire a été complètement négative, ainsi que les examens sérologiques chez le père de la malade.

En résumé : Ce sont les troubles constatés chez les premiers enfants, qui ont amené à rechercher la syphilis héréditaire. On relève chez la grand-mère paternelle une kératite interstitielle vers 30 ans, des écoulements d'oreille persistants, un BW actuellement positif. Dans sa famille, six frères et une sœur avaient des convulsions dans l'enfance, son mari est mort paralysé. Son fils le père de nos malades est bien portant, mais son BW est dissocié, c'est-à-dire positif avec sérum non chauffé et négatif avec sérum chauffé. Parmi ses enfants, le premier un arriéré, presque un idiot, avec turbulence, présente en plus un syndrome adiposo-génital, avec sérologie positive ; le second, le même syndrome avec une

kératite interstitielle à 7 ans, réactions également positives ; un troisième tuberculeux, nerveux ; une fille morte en bas-âge, une deuxième un peu retardée, enfin les deux derniers bien portants. Insistons sur le beau succès du traitement prophylactique chez la mère, qui est traitée à partir de sa 4^e gestation, et depuis elle donne naissance à des enfants de moins en moins tarés, pour aboutir finalement à deux enfants tout à fait normaux et bien constitués.

Il semble qu'on le doit d'invoquer ici cette « identité » des symptômes sur laquelle Mlle Laurent a insisté dans sa thèse : ce syndrome adiposo-génital chez les trois premiers, ces manifestations rachitiques chez les 2^e, 5^e et 6^e enfants, ces convulsions survenant chez les six frères et la sœur de la grand'mère.

Observation N° 5. — Famille Fi...

Grand-père maternel était syphilitique, est mort à 52 ans, de paralysie générale.

Grand'mère maternelle, bien portante, 67 ans.

Leurs enfants : 1° garçon décédé à 30 ans d'une maladie cardiaque.

2° garçon décédé à 45 ans de congestion cérébrale.

3° garçon bien portant.

4° garçon bien portant.

5° fille très nerveuse.

6° avortement.

7° avortement.

Grand-père paternel mort subitement à 65 ans.

Grand'mère paternelle morte à 60 ans, paralysée du côté gauche pendant huit ans.

Père bien portant, jamais malade, indemne de syphilis acquise.

Mère réglée à 12 ans, régulièrement. Depuis 16 ans, troubles anémiques et chlorose. A l'examen très maigre aplatissement et ensellure du nez, dentition normale, langue décapillée sur le bord droit, vision déficiente, pupilles irrégulières, réagissent normalement, réflexes

vifs à droite, extrême nervosité et inquiétude. Sérologie négative. Un traitement a été effectué après la naissance du dernier enfant amenant une très grande amélioration de l'état général.

Leurs enfants : 1° fille à terme, pesait 4 kg 500. Premières règles à 15 ans. Actuellement 18 ans, bien portante. Supporte mal le traitement.

2° garçon né à terme, mort de convulsions.

3° fille prématurée de 8 mois, morte à 4 jours de cyanose (maladie bleue).

4° fille prématurée de 7 mois 1/2, pesait 2 kilos. A marchée à 11 mois, broncho-pneumonie à 2 ans et bronchites fréquentes dans l'enfance. A l'examen, front bombé, dents larges, incisives écartées, carie des molaires, voûte ogivale, langue normale.

5° fille, à terme, pesait 2 kg. 560, morte à 5 mois de convulsions.

En résumé : grand-père maternel mort de paralysie générale. Sa fille, indemne de syphilis acquise, chétive dans l'enfance, présente des stigmates d'hérédo-syphilis. Sur 5 enfants, deux meurent de convulsions, un prématuré, meurt de malformation cardiaque, une fille assez bien portante, une autre prématurée est atteinte de dystrophies diverses. On ne peut donc nier l'influence de l'hérédité syphilitique qui a imprimé nettement ses caractères sur les enfants de troisième génération.

Signalons deux cas de mort par convulsions.

Observation N° 6. — Famille Pa...

Grand-père maternel alcoolique, traité pour la syphilis, mort à 63 ans.

Grand'mère maternelle 66 ans, bien portante.

Leurs enfants : 1° garçon, 44 ans, bien portant, a un enfant qui porte un appareil plâtré (?).

2° fille, 38 ans, cephalées, douleurs aux reins.

3° la mère.

4° garçon mort de convulsions.

5°-8° Quatre enfants morts en bas âge.

Grand-père paternel, mort à 27 ans, de tuberculose pulmonaire.

Grand'mère paternelle bien portante.

Père souffre d'une laryngite tuberculeuse, pas de syphilis acquise.

Mère bien portante, aucun stigmate d'hérédo-syphilis. Règles étaient toujours très irrégulières et douloureuses. A été traitée par novar pendant sa huitième gestation, supportait assez mal le traitement ; présentait à ce moment des troubles divers, albumine dans l'urine, œdèmes variqueux à la jambe gauche. Le BW et le Hecht étaient positifs en 1925, à Saint-Louis, de même à Saint-Antoine, en 1929. BW, Hecht et Meinike très positifs.

Gestations : 1° Une fille, 14 ans, bien portante.

2° garçon mort à 1 mois.

3° fille, 9 ans, bien portante.

4° fille, 8 ans, bien portante.

5° garçon prématuré, à vécu 12 heures.

6° garçon bien portant.

7° fille morte à un an de rougeole.

8° garçon à terme, en 1929, pesait 3 kg. 200 ; placenta « chair à saucisse », pesant 700 grammes.

En résumé : Dans la famille du grand-père maternel, syphilitique, on trouve cinq enfants morts en bas âge et deux autres sujets à des maladies. La mère est indemne de tout stigmate, mais sa sérologie est très positive. Le père est tuberculeux, issu de parents tuberculeux. Ils engendrent cinq enfants bien portants, dont un est né avec un placenta gros et caractéristique et trois enfants décédés en bas âge.

Observation N° 7. — Famille Ba...

Grands-parents maternels : grand-père mort à 70 ans, sa femme morte à la suite d'un accident. Ont eu six enfants : deux garçons et quatre filles, tous bien portants.

Grand-père paternel mort tabétique à 48 ans.

Grand'mère paternelle morte tabétique à 47 ans.

Père alcoolique, pas de syphilis acquise. A commencé

le traitement après la mort de son premier enfant, fut traitée pendant trois ans.

Mère réglée à 12 ans, régulièrement. Pas de syphilis acquise. Sérologie négative. A été traitée à partir de sa deuxième gestation, mais irrégulièrement.

Gestations : 1° 1919, enfant né à terme, mort à 13 mois d'athrepsie.

2° 1923, prématuré de 7 mois, mort-né.

3° 1926, né à terme, 9 ans, bien portant.

4° 1927, prématuré de 8 mois, mort-né.

5° 1928, prématuré de 7 mois, mort-né.

6° 1932, mort à 7 mois d'une affection gastro-intestinale.

7° 1934, à terme, mort-né.

8° 1935, fille à terme, pesait 3 kg. 400, placenta 490 grammes, entérites fréquentes.

Remarque : Cette observation réalise un cas probant d'hérédo-syphilis de seconde génération, d'origine paternelle avec mort des fœtus au cours de quatre gestations.

Observation N° 8. — Famille Di...

Grand-père maternel a contracté la syphilis dans sa jeunesse, est mort paralytique à 37 ans, à la Salpêtrière.

Grand'mère maternelle, décédée à 44 ans de bronchite.

Leurs enfants : 1° garçon, 40 ans, bien portant, pas d'enfants, sa femme est folle depuis 12 ans.

2° la mère.

Père, rien dans ses antécédents, bien portant, jamais malade.

Mère, née à terme, réglée à 13 ans, irrégulièrement, durée huit jours. Cephalées fréquentes. En 1915, fièvre typhoïde. Léger goître. Sérologie : en janvier 1935. BW très positif, en avril 1925. BW et Hecht positifs, en décembre 1926. BW et Hecht négatifs. A commencé le traitement, qu'elle a suivi pendant deux ans, après sa sixième gestation.

Gestations : 1° 1905, garçon à terme, voûte ogivale,

dents inférieures légèrement chevauchantes. Opérée d'une hernie inguinale.

2° 1910, à terme (hydramnios), pesait 4 kg., mort de méningite à 4 mois.

3° 1912, garçon à terme, pesait 4 kg. 500. Voûte ogivale, dents en palettes assez larges, l'incisive médiane est légèrement déportée en arrière. Oreilles décollées, larges. Extrémités des membres cyanosées, engelures, gerçures. Cyanose légère du nez et des joues. BW et Hecht légèrement positifs. Traité à l'âge de 11 ans.

5° 1923, fille à terme, pesait 5 kg. ; à 2 ans, 10 kg. 900. Bon état. Traitée.

6° 1925, avortement de 3 mois. A ce moment la mère commence le traitement.

7° 1928, fille à terme, pesait 4 kg. 250. Bien portante, aucun stigmaté.

En résumé : Hérédosyphilis de deuxième génération certaine. Syphilis connue du grand-père maternel. Sa fille ne présente aucun stigmaté d'hérédosyphilis, nous notons, cependant, des cephalées et un goître. Les réactions sont franchement positives dans le sang. Dans sa descendance, deux enfants décédés de méningite, deux autres présentent des stigmates héréditaires nets avec des réactions légèrement positives, un enfant bien portant, un avortement et, enfin, après avoir suivi un traitement rigoureux pendant la dernière gestation, elle donne naissance à une fille, normale, bien constituée, sans aucune tare.

Observation N° 9. — Famille Vi...

Grand-père maternel, 56 ans, diabétique. BW très positif.

Grand'mère maternelle, 45 ans, suspecte de tuberculose (?).

Leurs enfants : 1° la mère.

2° garçon mort à 9 mois de rougeole.

3° fille morte en bas âge.

Grand-parents paternels, vivants, bien portants.

Leurs enfants : 1° le père.

2° garçon mort à Berk où il était en traitement pour affection osseuse (?).

3° fille, 28 ans, a eu un enfant mort de méningite à 5 ans.

4° fille morte accidentellement.

5° fille, 19 ans, bien portante.

Père, diphtérie à 8 ans. A fait la guerre. Réactions sérologiques négatives. Pas de syphilis acquise.

Mère, réglée à 12 ans, normalement. Entérite toute la vie. Cephalées rebelles. Rougeole dans l'enfance. Oreillons pendant la deuxième gestation. Varices avec plusieurs poussées d'endophlébite. Rien à l'examen gynécologique. Pas de stigmat. En 1928, BW et Hecht positifs après réactivation, après plusieurs réactions négatives. Traitée.

Gestation : 1° fille à terme, pesait 4 kg. 500, morte à 6 mois, de scarlatine.

2° avortement de 2 mois.

3° fille prématurée de 7 mois, placenta à caduque très épaissie, 400 gr., pied bot, meloena, pesait 1 kg. 500, morte 3 heures après la naissance.

4° avortement de 2 mois 1/2.

5° avortement de 2 mois 1/2.

Remarque : Cette observation est intéressante à un autre point de vue. La mère, traitée au cours des gestations, avait constaté une très grande amélioration de son état général, avec notamment la disparition complète des cephalées. Appelée en province, auprès de son père, soigné pour cancer de la gorge et dont l'état était désespéré, elle eut l'occasion de parler du traitement qui lui avait été pratiqué. On fit aussitôt une réaction de BW au père, réaction qui se montre fortement positive, puis un traitement qui amena la guérison complète de la tumeur pseudo-cancéreuse en quelques semaines.

Observation N° 10. — Famille Le...

Grand-père maternel, 56 ans, bien portant.

Grand'mère maternelle, décédée à 37 ans de paralysie générale. La maladie a commencé à 26 ans, deux ans après l'accouchement de sa fille.

Grand-parents paternels, vivants, bien portants. Ont cinq enfants, dont quatre bien portants et une fille tuberculeuse au sanatorium.

Père, bien portant, jamais malade.

Mère née à terme, réglée à 14 ans, durée quatre jours. Avait une pyélonéphrite pendant la gestation. Sérologie négative.

Leur enfant, M..., né en 1928, pesait 3 kg. 600, placenta 750 gr., est mort de méningite à 5 ans.

Remarque : Hérédo-syphilis de deuxième génération, venant de la grand'mère maternelle, qui ne se traduit que par l'hypertrophie placentaire.

Observation N° 11. — Famille Dep...

Arrière-grand-père maternel, bien portant, 78 ans.

Arrière-grand'mère maternelle, morte à 65 ans, d'artério-sclérose.

Grands-parents maternels, vivants, bien portants : mari 51 ans, caractère brutal ; femme 46 ans. Ont eu neuf enfants, dont 6 sont morts en bas âge et trois vivants, bien portants.

Grand-père paternel, bien portant ; grand'mère morte jeune (?). Ont eu trois enfants : une fille morte d'une maladie pulmonaire et deux garçons bien portants.

Père né à terme, cardiaque, albuminurique, sain apparemment.

Mère née à terme, réglée à 14 ans, durée huit jours, abondantes avec douleur et vomissements. A présenté, dans le jeune âge, rougeole, coqueluche et scarlatine. A 8 ans, apparition d'un iritis intéressant l'œil gauche. A 17 ans, oreillons. Depuis la gestation, vertiges. Actuel-

lement on constate un iritis de l'œil gauche et une parésie faciale nette, du même côté. Traitée à l'Hôtel-Dieu en 1934 pour son iritis par une série de cyanure de mercure; avait à ce moment le BW très positif. A suivi aussi un traitement pendant une gestation, deux ans après, le BW et Hecht étaient déjà négatifs.

A mis au monde un garçon, né à terme, pesant 3 kg. 400, avec un gros placenta de 750 gr. Actuellement assez bien portant.

En résumé : L'arrière grand'mère maternelle est morte d'artério-sclérose. Dans la descendance de la grand'mère, on compte six enfants morts et trois vivants. Stigmates oculaires chez la mère. Un seul enfant bien portant (placenta 1/4) après traitement. Hérédo-syphilis probable de troisième génération.

Observation N° 12. — Famille Bea...

Grand-père maternel, mort à 50 ans asthmatique.

Grand'mère maternelle, 45 ans, bien portante. Salpingite à 25 ans.

Grands parents paternels, vivants, bien portants.

Leurs enfants : 1° le père, jumeau du second.

2° garçon nain, engendre lui-même deux jumeaux prématurés, morts à 5 mois 1/2.

3° fille, 24 ans, anémique.

4° fille, naine, a fait six avortements.

5° garçon, santé médiocre, ajourné au régiment.

6° fille, 20 ans, bien portante.

Père, bien portant, n'a jamais été malade.

Mère, à terme, réglée à 12 ans 1/2. Présentait un strabisme convergent à l'œil droit, quelque temps après apparaît une ophtalmie purulente avec kératite interstitielle double, surtout marquée à l'œil droit. Langue très légèrement sillonnée. L'examen du sang pratiqué après la naissance de sa fille, montrait le BW et le Jacobstein positifs; revue 3 ans après, avait les mêmes réactions négatives. A été traité pendant un temps très court, a refusé le traitement après.

Gestations : 1° 1925, avortement de six semaines.

2° 1926, avortement gémellaire univitellin de deux mois.

3° 1926, fille à terme, pesait 3 kg., placenta 450 gr. Traitée pendant 1 an 1/2.

Remarque : Ici, la syphilis de la lignée maternelle est certaine. Mais il est possible de suspecter aussi la syphilis dans la lignée paternelle : troubles du développement chez trois enfants, nanisme chez deux enfants, deux gestations univitelles. Donc syphilis probable des deux souches, paternelle et maternelle.

Signalons l'identité des faits dans deux générations successives : deux gestations gémellaires univitelles dans la première génération et une dans la deuxième.

Observation N° 13. — Famille Br...

Grand-père maternel, mort à 53 ans par hémorragie foudroyante, due à la rupture d'un anévrisme aortique.

Grand-mère maternelle, syndactylie. Emphysème, toux, albumine. Ont eu treize enfants : six premiers morts et sept vivants, dont six filles et un garçon, cheveux blancs dans le jeune âge.

Père, rien dans les antécédents. Né à terme ; gazé à la guerre, depuis névralgies, rhumatismes, troubles vésicaux.

Mère à terme, réglée à 10 ans, durée quatre jours. Bronchite chronique, emphysème. Cheveux blancs à 30 ans. Cephalées violentes depuis 18 mois. Langue hérédosyphilitique incontestable avec des sillons multiples et très profonds. BW négatif.

Gestations : 1° fille à terme, pesait 3 kg. 040, morte de scarlatine vers 3 ans 1/2.

2° fille à terme, pesait 3 kg. 500, morte de scarlatine vers 1 an 1/2.

3° garçon à terme, bien portant, pesait 3 kg. 250.

4° fille mort-née, pesait 4 kg. 625.

5° fille mort-née, pesait 2 kg. 750.

- 6 fille à terme, pesait 3 kg. 250, bien portante.
- 7° fille à terme, pesait 3 kg. 500, bien portante.
- 8° fille prématurée de 7 mois, pesait 2 kg. 500, chétive.
- 9° avortement de 3 mois 1/2.

En résumé : Grand-père maternel mort subitement de rupture d'anévrisme aortique. Signalons que la grand'mère maternelle présente des malformations, est infirme (syndactylie aux deux mains). Dans leur descendance, six enfants sont morts et sept vivants. La fille, porteuse de quelques stigmates hérédo-syphilitiques, donne naissance à deux enfants morts en bas âge, deux mort-nés, un taré, trois bien portants ; en outre, un avortement. L'hérédo-syphilis de seconde génération est certaine et même on pourrait discuter la probabilité de la troisième génération relativement à la famille de la grand'mère maternelle.

Observation N° 14. — Famille Cai...

Grand-père maternel mort à 86 ans ; grand'mère morte à 55 ans, urémique. Ont eu vingt-deux enfants, dont deux filles bien portantes, dix garçons morts à la guerre, dix enfants morts en bas âge.

Père, mort tuberculeux.

Mère, convulsions au moment de la poussée dentaire. Rétinite pigmentaire congénitale. A perdu l'œil gauche brusquement, à 18 ans ; l'œil droit est actuellement presque perdu. A suivi un traitement spécifique à l'Hôtel-Dieu. Le BW a toujours été négatif.

Gestations : 1° garçon mort à 2 ans 1/2 de broncho-pneumonie.

2° fille, 8 ans 1/2, a une vue très mauvaise.

3° fille morte à 3 mois d'une congestion pulmonaire.

4° garçon prématuré de 6 mois, mort-né.

5° garçon mort à 9 mois de convulsions.

En résumé : Une rétinite pigmentaire congénitale chez la mère fait penser, en premier lieu, à l'hérédo-syphilis. Ces soupçons sont confirmés par les antécédents collaté-

raux : dix frères et sœurs morts en bas âge ; par la descendance de deuxième génération : quatre enfants morts en bas âge dont un de convulsions et une fille vivante porteuse de troubles oculaires.

Observations Ns 15. — Famille Lod...

Grand-père maternel mort à la guerre ; grand'mère morte à 49 ans du cancer de la colonne vertébrale (?).

Grand-père paternel mort de tuberculose pulmonaire ; grand'mère, 60 ans, bien portante. Avaient trois enfants, tous bien portants.

Père bien portant, pas de syphilis acquise, a été traité au Quinze-Vingt par quelques séries de novar.

Mère à terme, réglée à 13 ans, durée dix jours. Lésions de chorio-rétinite disséminées aux deux yeux, atteinte surtout marquée sur le macula de l'œil droit. Traitée au Quinze-Vingt par deux séries de cyanure de mercure, a vu toutes ces lésions s'améliorer. La sérologie était négative.

Gestations : 1° 1931, avortement de 3 mois 1/2.

2° 1932, avortement de 4 mois 1/2.

3° 1934, avortement de 3 mois 1/2.

Il s'agit de chorio-rétinite intéressant les deux yeux de la mère. En présence de ces lésions oculaires doubles, il n'y a qu'une étiologie possible, c'est la syphilis héréditaire. Le diagnostic s'accorde d'ailleurs avec l'épreuve du traitement, qui a nettement amélioré ces troubles. Trois gestations toutes terminées par des avortements.

Observation N° 16. — Famille An...

Grand-père maternel, 60 ans, alcoolique, asthmatique.

Grand'mère maternelle morte à 44 ans de congestion pulmonaire. Cinq enfants, dont deux morts en bas âge et trois vivants et bien portants.

Grand-père paternel, 55 ans, bien portant, grand'mère

morte à 52 ans, asthmatique. Avaient quatre enfants, tous vivants et bien portants.

Père normal, jamais malade.

Mère à terme, réglée à 17 ans. Rougeole et coqueluche dans l'enfance. Actuellement, aux yeux une choroïdo-rétinite hérédo-syphilitique nette. Chevauchement des dents inférieures, quelques sillons transversaux sur la langue. Le BW, Hecht et Meinike à plusieurs reprises, négatifs. Traitée avant et pendant l'accouchement.

A mis au monde une fille en 1929, qui a marché à 16 mois, a commencé à parler à 18 mois. Entérites fréquentes. Actuellement, l'enfant est très timide, peureuse à l'excès, faciès adénoïdien, voûte ogivale, langue nettement fissurée, pèse à 5 ans 1/2 16 kilos. BW, Hecht et Meinike négatifs.

Même cas que dans l'observation précédente. Une choroïdo-rétinite avec d'autres stigmates chez la mère. Sa fille présente quelques stigmates banaux nets.

Observation N° 17. — Famille Pu...

Grand-père paternel mort d'embolie cardiaque à 56 ans.

Grand-mère maternelle, 65 ans, bien portante. A eu quatre gestations, dont une gemellaire. Deux enfants sont morts en bas âge et trois vivants.

Grands-parents paternels morts d'affection pulmonaire. Quatre enfants dont un décédé de méningite à 12 ans, deux décédés en bas âge et un garçon vivant, le père.

Père, à terme, albuminurie à l'âge de 8 ans. A eu d'un premier mariage un enfant, 4 ans, chétif, dont la mère est morte d'insolation. Mobilisé pendant toute la guerre.

Mère, une kératite interstitielle à l'âge de 12 ans. Voûte ogivale, langue avec des sillons profonds, glossite spécifique nette. BW, Hecht et Meinike négatifs. Traitement commencé, mais très mal toléré.

Gestations : 1° 1923, fille à terme, pesait 4 kg 100, morte à 11 mois de chorée et méningite.

2° 1924, fille à terme, pesait 3 kg 850, morte à 2 mois de coqueluche.

Kératite interstitielle dans le jeune âge avec quelques dystrophies. On sait que la kératite interstitielle est la plus fréquente de toutes les manifestations oculaires de la syphilis héréditaire. Les deux filles de cette hérédosyphilitique sont mortes en bas âge, dont une de méningite.

Observation N° 18. — Famille Ber...

Arrière grand-père maternel, mort à 70 ans.

Arrière grand'mère maternelle morte subitement à 40 ans.

Ont eu trois enfants : 1° fille, bien portante.

2° garçon, a perdu quatre enfants de méningite.

3° fille, bien portante.

Grands-parents paternels : grand-père, mort à 55 ans de congestion pulmonaire, grand'mère morte à 70 ans de bronchite. Sur leur onze enfants, il reste actuellement trois vivants ; trois enfants sont mort-nés, trois morts en bas âge, une fille à 15 ans d'une maladie pulmonaire, un garçon à 16 ans de congestion cérébrale (?).

Grands-parents maternels, vivants, âgés vers 70 ans. Trois enfants dont une fille mort-née.

Père, cousin germain de sa femme, 43 ans, serrurier. A fait la guerre. Pneumonie à 38 ans, bronchite. N'a jamais eu la syphilis.

Mère, à terme, réglée à 14 ans, durée quatre jours. Antécédents : congestion pulmonaire, pleurésie, bronchite à répétition. Paraît plus vieille que son âge ; congestionnée, voûte très ogivale. Kératite interstitielle dans l'enfance, blépharite chronique avec aplasie ciliaire. Traitée pendant la dernière gestation ; le BW, Hecht et Meinike négatifs avant et après l'accouchement.

Gestations : 1° garçon mort-né à 6 mois.

2° fille à terme, bien portante.

3° fille à terme, bien portante.

4° fille à terme, bien portante, très grosse.

- 5° fille à terme, bien portante.
- 6° garçon à terme, mort-né.
- 7° garçon à terme, mort deux jours après.
- 8° garçon à terme, mort-né.
- 9° garçon prématuré, présentation du siège complet, mort et macéré.

Remarque : Le mari est cousin germain de sa femme. Il apparaît que la consanguinité ne fait qu'augmenter la valeur absolue de tares familiales. Cette superposition des tares est peut-être responsable de la polyéthalié infantile chez la mère, elle expliquerait, peut-être, la macération survenue à la dernière gestation, malgré un traitement énergique.

Observation N^o 19. — Famille Loc...

Grands-parents maternels : grand-père mort de congestion pulmonaire à 50 ans ; grand'mère, 52 ans, bien portante. Sept enfants tous bien portants.

Grands-parents paternels : grand-père mort à 82 ans de congestion cérébrale ; grand'mère, 75 ans, bronchite. Sur trois enfants, deux sont morts à l'âge adulte.

Père, bien portant, a fait la guerre.

Mère, à terme, réglée à 13 ans, durée quatre jours. Anémie, coliques néphrétiques plusieurs fois. Actuellement, grande faiblesse, kératite interstitielle. BW, Hecht et Meinike négatifs.

Gestations : 1° fille à terme, pesait 2 kg 400, placenta « chair à saucisse » 400 gr., morte quelques heures après la naissance.

2° fille à terme. Très pâle, anémique. Très intelligente.

La kératite interstitielle chez la mère, une fille naissant avec un placenta « chair à saucisse » nous obligent à suspecter l'action de la syphilis transmise au delà de la première génération.

Observation N° 20. — Famille Man...

Grand-père maternel mort à 39 ans, syphilitique.

Grand'mère maternelle, 47 ans, bien portante. A eu trois enfants dont un garçon mort à 19 ans, névropathe.

Grands-parents paternels : grand-père mort à 59 ans de cancer ; grand'mère morte tuberculeuse.

Père, rien à signaler.

Mère, à terme, réglée à 13 ans, durée trois jours. Dans son enfance a porté un appareil plâtré (?). Aucun stigmate. Traitée à Tarnier pendant sa troisième gestation, traitement continué jusqu'à la quatrième. BW, Hecht, Meinike négatifs.

Gestations : 1° avortement de 4 mois.

2° avortement gémellaire univitellin de 4 mois.

3° fille, 8 ans, bien portante. Mère traitée pendant la gestation.

4° garçon, à terme, traité depuis la naissance.

En résumé : Le grand-père maternel est mort syphilitique à 39 ans. Un fils névropathe ; fille, bien portante, indemne de syphilis acquise, sans aucun stigmate héréditaire. Deux avortements, dont un gémellaire univitellin et, après traitement, accouche successivement deux enfants bien portants et normaux. Donc, hérédo-syphilis sûre de deuxième génération, contractée par l'homme et transmise par lignée maternelle.

Observation N° 21. — Famille Lh...

Grands-parents maternels : grand-père, 64 ans, paralysé du côté droit ; grand'mère, 55 ans, bien portante.

Leurs enfants : 1° garçon, 39 ans, alcoolique.

2° fille morte à 7 mois de convulsions.

3° garçon mort à 3 mois de convulsions.

4° la mère.

5° fille, 12 ans, mal de Pott.

6° garçon, bien portant.

7° fille, bien portante.

Grands-parents paternels : grand-père, mort à 77 ans de congestion pulmonaire ; grand'mère, 70 ans, bien portante. Huit enfants bien portants, une fille morte d'infection puerpérale.

Père, bien portant, gazé à la guerre.

Mère, à terme, réglée à 12 ans, durée trois jours. Dans l'enfance, céphalées et entérites. A présenté une catacacte congénitale pour laquelle on l'a opéré deux fois, à 5 ans et à 11 ans. En même temps on lui a fait un traitement par le novar (très mal supporté). BW, Hecht et Meinike négatifs.

Gestations : 1° fille, à terme, pesait 3 kilos. Rougeole, laryngite, diphtérie. BW, Hecht et Meinike négatifs.

2° avortement de 6 semaines.

3° garçon, à terme, pesait 5 kg 500. Entérites, rougeole, convulsions à 15 mois. BW, Hecht et Meinike négatifs.

4° garçon, à terme, pesait 3 kilos.

5° avortement de 2 mois.

6° avortement de 3 semaines.

7° garçon, à terme, pesait 2 kilos. Broncho-pneumonie. Convulsions à 3 ans. Appendicite.

8° avortement de 2 mois.

9° fille, prématurée de 7 mois, pesait 1 kg 500. Bronchite.

Il semble qu'il y ait ici transmission de l'hérédité nerveuse, car on observe deux morts par convulsions dans la première génération et deux enfants de deuxième génération qui ont aussi présenté des convulsions dans l'enfance.

Observation N° 22. — Famille Ve...

Grand'mère maternelle, 43 ans, bien portante ; grand-père non connu.

Grands-parents paternels : grand-père, 50 ans, alcoolique ; grand'mère, 49 ans. Cinq enfants, tous bien portants.

Père, à terme, jamais malade, très vigoureux.

Mère, à terme, réglée à 16 ans, durée quatre jours. Céphalées fréquentes. Varicelle dans l'enfance. Chétive. Strabisme convergent et kératite ancienne aux deux yeux. Dents : incisives médianes supérieures en palette, canines très petites projetées en avant. Voûte ogivale typique, parois très épaissies. Sillons très marqués sur la langue. Traitée irrégulièrement. BW, Hecht négatifs.

Gestations : 1° mort-né.

2° mort et macéré, pesait 2 kg 370, placenta « chair à saucisse » 570 gr.

Kératite chez la mère accompagnée de stigmates héredo-syphilitiques. Deux gestations terminées par la mort des enfants, dont un naît avec un placenta syphilitique.

Observation N° 23. — Famille Ro...

Grands-parents maternels : grand-père disparu (?) ; grand'mère morte d'affection cardiaque. Leurs enfants :

1° la mère.

2° garçon, 21 ans, voûte très épaisse, langue fendillée avec profonds sillons médians. BW, Hecht et Meinike négatifs.

Grands-parents paternels : grand-père décédé, vieilleuse ; grand'mère, 68 ans, bien portante. Cinq enfants bien portants.

Père, aucune maladie. BW, Hecht et Meinike négatifs.

Mère, à terme, réglée à 12 ans, durée cinq jours. Scarlatine dans l'enfance. A 20 ans, kératite interstitielle, voûte ogivale, Carabelli bilatéral, langue fendillée et fissurée. Traitée pour kératite pendant 1 an et demi, et après a repris le traitement pendant deux ans, jusqu'à la dernière gestation. BW, Hecht et Meinike en 1932 partiellement positifs ; en 1935, BW et Hecht négatifs, Meinike positif.

Gestations : 1° fille, à terme, pesait 2 kg 900. Voûte ogivale, polyadenopathie cervicale. BW, Hecht et Meinike négatifs. Traitée en ville depuis sa naissance.

2° avortement de 6 semaines.

Hérédo-syphilis de deuxième génération d'origine maternelle. La mère présente des stigmates très nets, ainsi que son frère. Premier enfant taré, traité dès la naissance, deuxième gestation aboutissant à un avortement.

Observation N° 24. — Famille Ma...

Grand'mère maternelle, 46 ans, albuminurique. Trois gestations : la mère, une fille normale, un avortement.

Père, jamais malade, pas de syphilis acquise.

Mère, à terme, réglée à 12 ans, durée trois jours. Nez en lorgnette, kératite marginale, épiscclérite, séparation des incisives très accentuée, voûte ogivale nette avec parois très épaisses, fissures médianes transversales sur la langue. Traitée pendant les gestations, sérologie négative.

Gestations : 1° garçon, à terme, pesait 4 kg 200 ; mort quelques mois après à Trousseau, eczéma de la face.

2° garçon, à terme, pesait 3 kg 800. Examiné à 6 mois : gros crâne, bosses pariétales et frontales accentuées, très gros, fontanelle large, nez aplati, foie et rate normaux. La mère refuse son traitement.

En résumé : Mère hérédo-syphilitique avec nombreux stigmates. Un fils, mort en bas âge, un deuxième taré, malgré le traitement effectué pendant la gestation.

Observation N° 25. — Famille Lâ...

Arrière grand-père paternel, mort à 45 ans paralysé. A eu trois attaques, après lesquelles une hémiplegie s'est installée ; mort par congestion cérébrale.

Arrière grand'mère paternelle, 69 ans, bien portante.

Grands-parents maternels : grand-père, 48 ans, santé médiocre ; grand'mère, 48 ans, bien portante.

Leurs enfants : 1° la mère.

2° fille, à terme. Méningite à 2 ans, neurasthénie alternant avec périodes d'excitation, dysménorrhée, entérites. Morte à 18 ans de péritonite (?).

- 3° garçon, 20 ans, soldat, aucune maladie.
- 4° fille, 17 ans, bien portante. Régée à 16 ans.
- 5° avortement de 3 mois.

Grands-parents paternels : grand-père, 57 ans, bien portant ; grand'mère, 46 ans, cardiaque, nerveuse.

Père, fils unique, 25 ans, bien portant.

Mère, réglée à 13 ans, durée quatre jours. Kératite interstitielle à 8 ans à l'œil droit, pupille décentrée à l'œil gauche. Pneumonie vers 9 ans. Jaunisse à 12 ans. Inégalité de caractère. A 15 ans, céphalées fréquentes, correspondant peut-être à un mauvais état général. BW, Hecht et Meinike négatifs. Traitée irrégulièrement.

Gestations : 1° garçon, à terme, pesait 4 kilos, mort de convulsions à 2 mois.

2° fille, prématurée de 6 mois 1/2, pesait 1 kg 600, placenta 450 gr., morte à 7 jours.

Il s'agit d'hérédosyphilis de troisième génération probablement. Elle paraît venir de l'arrière-grand-père paternel, mort paralytique à 45 ans. Le grand-père a une santé médiocre, sa femme bien portante ; sur cinq gestations, on trouve deux enfants tarés, un avortement, deux enfants assez bien portants. La mère, fille de cette dernière, présente une kératite interstitielle dans l'enfance, un mauvais état général, met au monde deux enfants qui meurent en bas âge.

Observation N° 26. — Famille Ga...

Grands-parents maternels : grand-père mort à 51 ans de rhumatisme, grand'mère morte à 69 ans d'une hernie étranglée. Ont eu huit enfants, dont un tué à la guerre, deux morts à la suite d'accident, un garçon emporté par une tuberculose pulmonaire, quatre vivants.

Grand-père paternel mort à 55 ans à la suite d'une rupture d'anévrisme aortique.

Grand'mère paternelle morte à 63 ans de congestion pulmonaire.

Leurs enfants : 1° garçon mort de paludisme.

2° fille morte de congestion cérébrale.

3° garçon mort accidentellement.

4°, 5°, 6° trois garçons vivants, bien portants.

Père, à terme, à 17 ans fièvre typhoïde, actuellement 58 ans, artério-sclérose.

Mère, à terme, réglée à 14 ans ; rougeole dans l'enfance, albuminurie aux deux dernières gestations, aucun stigmate héréditaire ; sérologie négative ; non traitée.

Gestations : 1° fille, 28 ans, bien portante.

2° jumeaux, deux garçons morts à 9 mois d'entérite.

3° garçon, 25 ans, bien portant.

4° fille, 23 ans, bien portante.

5° garçon, 21 ans, réformé temporaire. Ecoulement de l'oreille droite à partir de 13 ans.

6° fille, 19 ans, bien portante.

7° fille, 16 ans 1/2, bien portante.

8° fille, 12 ans, rhumatismes, grosseurs au genou droit.

9° avortement de 2 mois.

10° garçon, 7 ans 1/2, bien portant.

11° garçon mort et macéré.

12° fille, mort-née.

Il s'agit de syphilis héréditaire de deuxième génération transmise par lignée paternelle.

Observation N° 27. — Famille Dev...

Arrières grands-parents maternels : grand-père, mort de cancer d'estomac à 60 ans ; grand'mère, morte paralytique à 40 ans.

Grands-parents maternels : grand-père, 56 ans, souffre des yeux ; grand'mère, 46 ans, bien portante.

Leurs enfants : 1° mort-né.

2° la mère.

3° fille, 21 ans, bien portante. BW négatif.

4° fille, 14 ans, chétive.

5° garçon, mort à 1 mois de diarrhée verte.

Grands-parents paternels : grand-père mort à 45 ans de tuberculose pulmonaire, pesait 40 kilos ; grand'mère

vivante, 66 ans, bien portante. Dix enfants, dont deux vivants et huit morts de méningite tuberculeuse et de convulsions.

Père, 37 ans, tuberculose de poumon et de l'intestin. Réformé pour faiblesse de constitution. Entérites, amaigrissement de 10 livres en 1 mois, très mauvais état général, caractère sombre, enfance malade. BW négatif.

Mère, à terme, réglée à 12 ans, irrégulièrement, durée trois jours. Céphalées fréquentes. Iritis, aveugle pendant 5 semaines à 24 ans, céphalées plus violentes pendant cette période, légers troubles à l'œil droit. Crises de nerfs après la période cécité. Goitre léger. Traitée pendant quatre ans, aussi pendant la gestation.

Sérologie :

En 1925 : BW légèrement positif, Hecht négatif, Meinike négatif.

En 1926 : BW négatif, Hecht négatif, Meinike négatif.

En 1927 : BW négatif, Hecht partiellement positif, Meinike négatif.

En 1928 : BW négatif, Hecht négatif, Meinike négatif.

En 1930 : BW négatif, Hecht négatif, Meinike partiellement positif.

Gestation : fille à terme, pesait 3 kg 700, placenta 550 gr. Traitée pendant quatre ans. BW et Hecht négatifs, Meinike partiellement positif. Etat général très bon.

En résumé : Une hérédo-syphilis de troisième génération probable, d'origine maternelle. La mère hérédo-syphilitique de deuxième génération, souffre d'iritis qui — on le sait — constitue une manifestation de la syphilis héréditaire tardive. Les réactions sérologiques sont réactivées progressivement par le traitement. Son enfant unique, bien portant, présente un Meinike légèrement positif.

Observation N° 28. — Famille Lom...

Grand-père maternel mort à 54 ans de congestion cérébrale. A fait trois séjours aux colonies.

Grand'mère maternelle morte à 54 ans, tabétique. Les dernières années aveugle et paralysée.

Leurs enfants : 1° fille morte à 22 mois.

2° la mère.

3° fille morte à 9 mois, prématurée.

4° fille bien portante. Traitée à Saint-Louis sur le conseil du médecin qui soignait la mère.

5° fille, affection cardiaque, opérée d'appendicite.

6° garçon, traité à Saint-Louis.

Grands-parents paternels : grand-père mort à 74 ans ; grand'mère vivante et bien portante.

Père, 25 ans. Congestion rénale au régiment. Souffre du foie, saignements du nez, éruption persistante sur le dos.

Mère, à terme, réglée à 17 ans, huit jours par mois, très douloureuses. Céphalées fréquentes. Strabisme opéré. Langue fissurée. Traitée irrégulièrement. Réactions négatives.

Gestation : fille à terme, pesait 3 kg 500, placenta 600 gr. Santé médiocre.

En résumé : La grand'mère maternelle est syphilitique ; sur ses six enfants, deux meurent en bas âge. Sa fille ayant des légers stigmates engendre une enfant bien portante, sans aucune tare. C'est une hérédosyphilis de seconde génération très certaine.

Observation N° 29. — Famille Fo...

Grands-parents maternels : grand-père, 61 ans, bien portant ; grand'mère morte à 43 ans d'une péritonite. Six enfants, dont un garçon mort de tuberculose et cinq vivants.

Grand-père paternel mort à 34 ans par rupture d'anévrisme aortique.

Grand'mère paternelle, 53 ans, bien portante.

Père, bien portant, pas de syphilis acquise. BW négatif.

Mère, réglée à 14 ans. Strabisme convergent.

Gestations : 1° fille, à terme, pesait 2 kg 670, placenta 600 gr. A commencé à marcher à 20 mois. Très nerveuse,

améliorée par le traitement. Traitée pendant quatre ans énergiquement ; une ponction lombaire a montré le BW légèrement positif.

2° garçon, opéré à la naissance pour ostéomyélite du nez.

Hérédo-syphilis de deuxième génération d'origine paternelle. A la première génération, deux enfants, dont une fille, est née avec un placenta hypertrophié et présente le BW légèrement positif dans le liquide céphalo-rachidien.

Observation N° 30. — Famille Verh....

Grands-parents maternels : grand-père, mort à 60 ans d'embolie cardiaque ; grand'mère, 65 ans, vivante et bien portante.

Leurs enfants : 1° garçon, mort-né.

2° garçon, 41 ans, bien portant.

3° fille, 37 ans, bien portante.

4° fille, morte à 7 mois.

5° fille, 34 ans, bien portante.

6° garçon, né avec un bec de lièvre, mort à 7 mois.

7° garçon, 31 ans, bien portant.

8° garçon, mort en bas âge.

9° la mère.

Grands-parents paternels : grand-père, mort à 70 ans ; grand'mère, 82 ans, bien portante. Quatre enfants, tous bien portants.

Père, bien portant, jamais malade, indemné de syphilis.

Mère, à terme, réglée à 16 ans, durée cinq jours. Rougeole et coqueluche dans l'enfance. Kératite interstitielle à 11 ans. Incisives supérieures en palette, légèrement striées transversalement. Voûte absolument plate. Langue très fissurée. Traitée à l'Hôtel-Dieu pour kératite, après quoi la malade commença à distinguer les objets et les couleurs. BW et Hecht, en 1920, positifs ; BW, Hecht et Meinike, en 1929, négatifs.

A eu un seul enfant, garçon, actuellement 6 ans, bien portant.

Remarque : Nous sommes en présence d'une kératite interstitielle dans l'enfance liée manifestement à une infection héréditaire et influencée par le traitement. Un enfant normal après traitement prolongé.

INTERPRETATION

I. — Preuve de l'infection première :

A. Syphilis connue chez les grands-parents : obs. 1, 2, 3, 6, 8, 20.

B. Sérologie positive chez les grands-parents en l'absence d'autres signes : obs. 4, 9.

C. Lésions syphilitiques chez les grands-parents :

Tabès : obs. 7, 28.

Paralysie générale : obs. 5, 10.

Anévrisme aortique : obs. 13, 26, 29.

Artério-sclérose : obs. 11.

D. Lésions et stigmates de syphilis héréditaire de première génération : obs. 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 30.

II. — Origine de la syphilis héréditaire :

Lignée maternelle : obs. 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 30.

Lignée paternelle : obs. 4, 7, 26, 29.

Lignée mixte : obs. 12.

III. — Comparaison de la descendance :

	1 ^{re} génération 167 gestations dont 154 viv. à la naiss.	2 ^e génération 123 gestat. dont 87 viv. à la naiss.
Sains ou relativement sains....	47	39
Tarés	42	16

Morts en bas âge.....	46	32
Morts à l'âge adulte.....	19	

Mortalité fœtale

	1 ^{re} génération	2 ^e génération
Avortements	5	20
Mort-nés	8	14
Macérés	0	2

Soit une mortalité fœtale de 7,8 % à la première génération et de 29,3 % à la seconde.

Mortalité infantile

Le pourcentage est de 27,4 % à la première génération et de 26 % à la seconde. Nous avons cherché à établir autant que cela a été possible les causes de mortalité infantile aux deux générations :

	1 ^{re} génération	2 ^e génération
Maladies infectieuses	1	5
Affections cardiaques.....	0	1
Affections pulmonaires	0	2
Affections digestives	0	3
Méningites, convulsions	3	9
Chétivisme, troubles du développement	1	3
Divers	3	2
Causes inconnues	38	7

Cette recherche a été difficile pour la première génération et sa valeur est réduite en raison du nombre des causes de mortalité inconnues ; retenons à la deu-

xième génération le chiffre de neuf morts par convulsions et méningites sur trente-deux.

IV. — Stigmates et affections diverses :

	1 ^{re} génération	2 ^e génération
Dentaires	7	3
Auriculaires (surdité)	1	2
Oculaires : kératite interstitielle....	12	1
rétinite pigmentaire	1	0
iritis	2	0
cataracte congénitale	1	0
strabisme	3	2
Osseux : nez.....	3	1
pied bot	0	1
hyperostoses	0	1
voûte ogivale	6	5
rachitisme	0	3
Malformations cardiaques	0	2
Troubles nerveux : convulsions	10	3
névropathies	3	4
démence	0	1
Troubles du développement :		
athrepsie	3	4
infantilisme	1	1
syndr. adiposo-génital	0	3
Gestations jémellaires univitellines.	2	2

V. — Symptômes ou tares identiques familiales :

Première génération : obs. 4, 12, 21, 23.

Deuxième génération : obs. 4, 5, 8, 21.

VI. — Sérologie :

Dans la première génération, chez les 30 mères hérédo-syphilitiques :

6 fois positive avant le traitement et négative après, soit 20 %.

3 fois positive avant et après le traitement, soit 10 %.

3 fois négative avant et positive après le traitement (réactivation), soit 10 %.

18 fois négative chez les femmes traitées ou insuffisamment traitées, soit 60 %.

Dans la deuxième génération, en tout chez 11 enfants :

6 fois positive ou légèrement positive, soit 54,5 %.

5 fois négative, soit 45,5 %.

Sérologie concordante aux trois générations :

positive : 1 fois (obs. 4).

négative : 0.

Sérologie concordante aux deux générations :

positive : 2 fois (obs. 8, 27).

négative : 2 fois (obs. 16, 21).

Sérologie discordante aux deux générations :

positive à la première et négative à la deuxième : 1 fois (obs. 29).

négative à la première et positive à la deuxième : 1 fois (obs. 23).

Sérologie discordante à la deuxième génération : 1 fois (obs. 1).

VII. — Traitement au cours de la gestion.

Chez nos 30 femmes hérédosyphilitiques, on retient :

Femmes traitées régulièrement pendant toutes les gestations : 6 cas.

Femmes traitées régulièrement depuis l'accouchement précédent jusqu'à une nouvelle gestation : 6 cas.

Femmes traitées irrégulièrement : 11 cas.

Femmes non traitées. : 7 cas.

Résultats des gestations :

A. Avant tout traitement :

Nombre de gestations : 96.

Enfants vivants, sains et tarés : 36, soit 37,5 %.

Avortements, mort-nés, décédés en bas âge : 60, soit 62,5 %.

B. Après traitement :

Nombre de gestations : 27.

Enfants vivants, sains et tarés : 19, soit 70,5 %.

Avortements, mort-nés, décédés en bas âge : 8, soit 29,5 %.

DISCUSSION

De nos observations, de toutes celles que nous venons de rapporter, un premier fait résulte : la réalité de la transmission de la syphilis héréditaire à la deuxième génération et même au delà.

Dans trois familles (obs. 11, 25, 27), il s'agit d'hérédosyphilis de troisième génération, dans toutes les autres, de deuxième génération. Dans tous ces cas, nous nous sommes assurés qu'aucun descendant ni celui de première, ni celui de deuxième génération n'était touché par la syphilis acquise.

La syphilis héréditaire de deuxième génération semble présenter bien des analogies avec celle de première génération :

I. *Hérédité paternelle et maternelle.* — La transmission s'est faite 25 fois par la mère, 4 fois par le père et une fois par les deux parents. En ce qui concerne l'hérédité paternelle, l'obs. 4 semble démonstrative : famille, dont nous connaissons l'histoire dans tous les détails et qui a mis une grande bonne volonté à éclaircir cette question. Dans l'obs. 7, la syphilis est connue à la génération précédant celle du père (tabès chez le père et la mère) et sa femme au cours de 8 gestations,

accouche de 4 enfants mort-nés ; deux enfants meurent en bas âge dont un d'athrepsie et deux seulement sont vivants. Dans l'obs. 26, le grand-père paternel est mort de rupture d'un anévrisme de l'aorte ; il a eu 6 enfants nés vivants, dont deux sont morts d'affections banales et un troisième de congestion cérébrale ; le père est atteint d'artério-sclérose à 58 ans ; dans sa descendance, sur 12 gestations, nous observons : deux mort-nés dont un macéré, un avortement, six enfants qui seraient bien portants, deux jumeaux morts en bas âge, deux enfants mal portants. Dans l'obs. 29, le grand-père est mort également par rupture d'un anévrisme de l'aorte, les parents présentent des réactions sérologiques négatives ; sur deux gestations, nous trouvons une fille retardée et présentant des accidents nerveux avec BW légèrement positif dans le liquide céphalo-rachidien, et un garçon opéré peu après la naissance pour une maladie osseuse du nez.

En comparant nos résultats avec ceux que présente Mlle Laurent, nous observons une proportion identique concernant l'hérédité paternelle et maternelle, respectivement 13,3 % et 83,3 % (plus hérédité double 3,4 %) contre 20 % et 80 %.

II. *Mortalité fœtale.* — On ne peut ne pas être frappé par la proportion importante tant des avortements que des mort-nés à la seconde génération. Faisant la part des renseignements parfois incomplets concernant la première génération, il se dégage de nos chiffres qu'il n'y a pas grande distinction à cet égard

dans les deux générations : Sur 123 gestations de deuxième génération, nous trouvons 14 mort-nés, 2 macérés et 20 avortements.

III. *Mortalité infantile.* — Nous ne trouvons pas là non plus de différence sensible entre les deux générations : dans l'ensemble, la mortalité infantile ressort à 27,4 % à la première génération et à 26 % à la seconde, chiffres absolument comparables. Il ne semble pas que les causes de mortalité se prêtent à des remarques particulières ; il serait d'ailleurs assez difficile de les comparer aux deux générations en raison de l'incertitude des causes dans beaucoup de cas, particulièrement à la première génération. Nous retenons cependant le chiffre de 9 morts dues à des convulsions, soit 27 % de mortalité à la deuxième génération ; sur l'ensemble des enfants nés vivants, plus de 13 % ont présenté des convulsions.

IV. *Caractères cliniques.* — La recherche des divers stigmates ou du caractère des diverses manifestations observées aux deux générations de la syphilis héréditaire, ne permet guère de tirer des conclusions formelles.

Nous insistons toutefois sur l'extrême fréquence des accidents oculaires, 16 cas d'affections oculaires à la première génération : 12 kératites interstitielles, une rétinite pigmentaire, 2 iritis, 1 cataracte congénitale. Nous n'en trouvons qu'un seul cas à la deuxième génération, mais on doit faire la réserve que beaucoup de nos malades n'ont pu être suivis jusqu'à un âge

suffisant pour en éliminer la possibilité. A cet égard, il est universellement admis que la kératite interstitielle, dont le mécanisme est encore discuté, ne peut faire son apparition que sur un terrain hérédosyphilitique ou rarement tuberculeux. Nous avons pu éliminer d'une façon à peu près certaine cette dernière éventualité, d'ailleurs assez peu fréquente, puisque les dernières statistiques (Schott, Fargot, Garipuy, Terrien) admettent une proportion de 90 % à 100 % pour l'origine syphilitique. D'ailleurs, dans notre propre statistique portant sur 16 mères atteintes de lésions oculaires, nous remarquons sur 50 gestations : 11 avortements, 5 mort-nés, 1 macéré, 33 enfants nés vivants dont 14 morts en bas âge, 5 tarés, 14 bien portants.

V. *Stigmata divers.* — Nous avons peu de remarques à présenter à ce sujet, sinon à souligner la rareté des stigmates classiques aux deux générations ; nous n'observons en général que des signes tels que : forme ogivale très marquée de la voûte palatine avec épaississement très net des parois, stigmates dentaires (dents striées, crénelées, tubercules de Carabelli très marqués) ; déformation du nez en lorgnette.

Signalons également à la deuxième génération, la fréquence relative des altérations placentaires (hypertrophie, aspect « chair à saucisses »), obs. 10, 11, 19, 22, 29.

Nous relevons aussi 6 gestations gémellaires (obs. 12, 17, 20, 26) dont 3 à la première génération et 3 à

la seconde. Sur les six, 4 ont été univitellines, 2 à la première et 2 à la deuxième génération. Toutes se sont terminées par la mort des enfants. La gestation gémellaire ne peut être considérée comme stigmate de syphilis, que si elle est univitelline. Les recherches de Bar, Hutchinson, A. Fournier et Marfan ont bien prouvé le rôle de la syphilis dans les gestations univitellines.

VI. *Syphilis virulente et syphilis dystrophique.* —

Il ressort également des faits que nous avons exposés, qu'on ne peut pas opposer dans la première et la deuxième génération de syphilis héréditaire des formes virulentes ou des formes dystrophiques qui seraient l'apanage de l'une plutôt que de l'autre. Les réactions sérologiques semblent d'ailleurs s'opposer à cette distinction puisque nous ne trouvons pas de différence sensible en ce qui concerne leurs résultats aux deux générations ; sur ce point, nous nous rencontrons avec Mlle Laurent.

Une seule observation comporte des formes dystrophiques avec identité des symptômes : obs. 4. Toutefois, dans ce document, nous ne pensons pas que l'on puisse vraiment parler d'une altération purement dystrophique : le premier enfant présentait bien un syndrome adiposo-génital, mais est mort avec un syndrome démentiel, ses réactions étaient positives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien ; les deux enfants suivants ont présenté un syndrome adiposo-génital simple, modéré chez le premier d'entre eux.

qui a bénéficié d'un traitement spécifique précoce, et plus atténué chez le suivant, la mère ayant été traitée au cours de cette gestation. Il ne peut donc s'agir dans ce cas d'une altération dystrophique liée indirectement à la syphilis, mais d'une syphilis virulente intéressant entre autres, le système glandulaire.

Il en est de même en ce qui concerne les syphilis « muettes » pour reprendre le mot de Milian ; nous les constatons avec fréquence, mais à peu près également aux deux générations de la syphilis héréditaire.

Il semble vraisemblable que l'évolution de la syphilis au cours des générations est conditionnée par des facteurs très variables. Ainsi, s'il est classique d'admettre que l'action de la syphilis est soumise à la loi de décroissance et que ses effets nocifs s'atténuent avec le temps, cette infection doit s'éteindre complètement dans les générations successives. Si, au contraire, comme l'admet Paget, le pronostic de la deuxième génération était plus grave que celui de la première, il en résulterait une gravité de plus en plus grande pour des générations suivantes, ce qui ne s'accorde pas avec les résultats cliniques.

VII. *Syndrômes familiaux.* — Quant aux symptômes et tares identiques familiales, nous relevons à la première génération : obs. 23 : stigmates buccaux identiques chez la mère et son frère. A la deuxième génération : obs. 5 : 2 enfants morts par convulsions ; obs. 8 : 2 enfants morts de méningite. Aux deux générations successives : obs. 4 : à la première génération,

9 convulsions infantiles ; à la deuxième génération : syndrome adiposo-génital chez trois enfants et manifestations rachitiques chez trois enfants ; obs. 12 : à la première génération, deux gestations gémellaires univitellines, à la deuxième génération, une gestation gémellaire univitelline ; ob. 21 : à la première génération, 2 enfants morts de convulsions, à la deuxième génération, 2 enfants qui ont présenté des convulsions.

Ce caractère de l'identité des troubles dans la même famille ne paraît donc pas caractéristique de la deuxième génération comme le prétend dans sa thèse Mlle Laurent ; nous le retrouvons dans les deux générations à la même proportion presque.

VIII. *Réactions sérologiques.* — Chez toutes les femmes hérédo-syphilitiques, on a pratiqué systématiquement les réactions de Bordet-Wassermann, de Hecht et la réaction d'opacification de Meinike.

Dans l'ensemble, nous trouvons à la première et à la deuxième génération un pourcentage analogue de 40 % environ de réactions positives. Nous nous bornons à signaler dans quelques cas la discordance des résultats dans les deux générations successives et au cours d'une même génération chez les frères et sœurs.

Résultats des traitements. — Il est intéressant d'observer l'action du traitement pratiqué chez les femmes atteintes de syphilis héréditaire au cours de la gestation. De nos chiffres, il ressort que les meilleurs résultats se rencontrent chez les femmes traitées, le déchet étant de 29,5 % chez ces dernières, sur 62,5 % chez les

non traitées soit plus que le double. Dans la deuxième génération, un nombre minime d'enfants a été traité et amélioré par le traitement.

Remarquons d'autre part, que sur 123 gestations relevées dans nos observations, on observe : 96 gestations chez les femmes non traitées, soit 78 % ; 27 gestations chez les femmes traitées, soit 22 %.

Quand on oppose cette statistique, qui évalue à 22 % la proportion des enfants sains issus des parents hérédo-syphilitiques, à celle des accoucheurs qui élèvent cette proportion jusqu'à 80 % par le simple traitement pendant la gestation, on est étonné qu'un si magnifique moyen de prophylaxie ne se soit pas plus rapidement généralisé et que la syphilis héréditaire cause encore de nos jours d'aussi nombreux méfaits.

CONCLUSIONS

De l'examen de 30 familles dans lesquelles nous avons pu suivre deux générations succédant à celle qui a contracté la syphilis, nous croyons pouvoir conclure :

I. L'existence de la syphilis héréditaire transmise à la seconde génération est certaine.

II. La transmission de l'hérédo-syphilis se fait dans la presque totalité des cas par l'intermédiaire de la mère, 83,3 %, contre 13,3 % par lignée paternelle.

III. Il n'y a pas de différences notables au cours des deux générations en ce qui concerne les interruptions des gestations, la mortalité fœtale et la mortalité infantile.

IV. Les lésions oculaires se révèlent très nombreuses à la première génération, notamment la kératite interstitielle ; on en trouve très peu à la seconde.

V. L'hérédo-syphilis de deuxième génération apparaît de caractère polymorphe, comme celle de la première génération ; on y note la rareté des formes virulentes chez les survivants, la prédominance des

formes dystrophiques et le nombre relativement élevé des syphilis héréditaires discrètes ou même « muettes ».

VI. On observe un certain nombre des tares identiques familiales, d'une part entre les procréateurs et leur descendance, d'autre part entre les divers descendants.

VII. Les réactions sérologiques chez les hérédosyphilitiques de deux générations sont souvent discordantes ; il faut maintenir la prédominance de la clinique sur une réaction.

VIII. Le traitement systématique et prolongé de l'hérédosyphilis assure le plus efficacement l'arrêt de la transmission des troubles syphilitiques aux générations successives.

Vu : le Doyen de la Faculté,
G. ROUSSY

Vu : le Président de thèse,
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDRAIN. — Sur divers aspects de la descendance en cas de syphilis ancestrale insoupçonnée (*Bull. soc. de dermat. et syphil.*, 1921).
- ANDRY et LAURENTIER. — Sur une labyrinthite hérédosyphilitique de deuxième génération (*Bull. de la Soc. de dermat.*, 1923).
- BEGHIN. — Les stigmates obstétricaux de l'hérédosyphilis (*Echo méd. du Nord*, 1933).
- BERNEAUD. — Lues in 3 Generationen (*Klin. Monatsbl. für Angenheil*, 1928).
- BOUTELIER. — La syphilis héréditaire larvée (*Bull. médical*, 1925).
- CORNAZ. — Syphilis héréditaire de deuxième génération (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1926).
- COUVELAIRE. — Le mariage des syphilitiques (*Leçon de la clin. Baudelocque*, 1924).
- COUVELAIRE. — Contribution à l'étude de la prophylaxie de la syphilis congénitale (*Bruxelles méd.*, 1933).
- COUVELAIRE et LEREBoullet. — Etude sur la mortalité précoce des nouveaux-nés (*Nourrisson*, 1932).
- DAYRAS. — La transmission de la syphilis héréditaire (Thèse Paris, 1925).
- DEUTSCH. — Lues congenita a III-ik generatioban (*Orvosi hetilap*, Budapest, V, 1930).
- DEVRAIGNE. — Syphilis héréditaire larvée (*Rev. médicale franc.*, 1925).

- EAST. — Syphilis transmitted to third generation (*Lancet*, 1923).
- FARJOT. — La nature syphilitique de la kératite interstitielle (*Thèse*, Lyon, 1922).
- FÉJER. — A harmadik generatio lueserol (*Orvosi hetilap*, IX, 1933).
- FOURNIER ED. — Hérédo-syphilis de seconde génération (Paris, Rueff, 1905).
- FOURNIER ED. — Les stigmates de l'hérédo-syphilis de seconde génération (*Médec. moderne*, 1905).
- GALLOT. — Contribution au traitement de la syphilis dans les maternités (*Thèse*, Toulouse, 1932).
- GARIPUY. — Etiologie et traitement de la kératite interstitielle (*Thèse*, Toulouse, 1932).
- GATÉ. — Syphilis héréditaire de deuxième et de troisième degré (*Journ. de méd. de Lyon*, 1933).
- GATÉ. — La syphilis congénitale au delà de la deuxième génération (*Bruxelles méd.*, 1933).
- GRENET. — Le problème de la syphilis héréditaire (*Rev de méd.*, 1929).
- GRENET. — La syphilis héréditaire de seconde génération (*Semaine des hôp.*, Paris, 1930).
- GRENET. — Affections congénitales du cœur et hérédo-syphilis (*Gaz. des hôpitaux*, 1930).
- GRENET et PELISSIER. — Notes sur l'hérédo-syphilis (*Annales de méd.*, 1926).
- GAUCHER. — L'hérédité syphilitique paternelle (*Ann. des mal. vénér.*, 1916).
- GAUCHER. — Syphilis héréditaire d'origine paternelle à la troisième génération (*Ann. des mal. vénér.*, 1916).

HECHT-ELEDA. — Ein Fall von Übertragung der congenitalen syphilis auf die II, Generation (*Derm. Wocheuschr.*, 1931).

HENYER et LONGCHAMPT. — Considérations sur les convulsions essentielles de l'enfance (*Arch. de méd. des enfants*, 1926).

HIGOUWENCKIS. — La syphilis héréditaire de seconde génération et son traitement (*Ann. des mal. vén.*, 1924).

LAURENT. — Contribution à l'étude de la syphilis héréditaire au delà de la première génération (*Thèse*, Paris, 1930).

LEIBHOLZ. — Bemerkung zu der Publikation von Dr. Hecht-Eleda (*Dermat. Wocheuschr.*, 1931).

LEREDDE. — La syphilis ignorée de la première enfance (*Bull. de la Soc. de dermat.*, 1923).

LÉRI et BARTHÉLÉMY. — Les troubles endocriniens dus à l'hérédo-syphilis (*Journ. de Méd. de Paris*, 1933).

LEREDDE. — Le diagnostic de la syphilis héréditaire et des altérations du milieu sanguin (*Pr. Méd.*, 1924).

LEVY-FRANKEL. — Les lois de l'hérédité et les stigmates de l'hérédo-syphilis (*Journ. de méd. de Paris*, 1933).

LEVY-SOLAL. — Contribution à l'étude des rapports de la syphilis et de l'hypertrophie placentaire (*Gynéc. et obstétr.*, 1921).

LEVY-SOLAL et MILIAN. — Traitement préventif de l'hérédo-syphilis (*Presse méd.*, 1925).

LEVY-SOLAL et WALTHER. — Les hormones de grossesse traversent-elles le placenta ? (*Compte rend. Soc. de biolog.*, 1934).

- LHERMITTE et DUPONT. — Dystrophie adiposo-génitale d'origine spécifique chez deux frères (*Rev. neurol.*, 1929).
- MADON. — Sulla trasmissione della syphilide congenita alla generazione seguente (*Minerva med.*, 1923).
- MANCHOT. — Syphilis in der dritten Generation (*Deutsch. mediz. Wochenschr.*, 1926).
- MARÇAIS. — La famille syphilitique (*Thèse*, Paris, 1934).
- MIKUŁOWSKI. — Trudności w rozpoznaniu dziedzicznego syfilisa (*Polska gaz. lekar.*, 1933).
- MIKUŁOWSKI. — Nouvelles formes de dystrophie (*Ann. de dermat. et syphil.*, 1933).
- MILIAN. — Hérédo-syphilis de deuxième génération (*Leçon de la clin. Baudelocque*, 1929).
- MILIAN. — Syphilis méconnue (*La médecine*, 1933).
- NABARRO. — Some problems associated with transmission of syphilis to second and third generation (*British Journ. of Vener. Diseases*, 1927).
- NICOLAS et GATÉ. — Troubles endocriniens d'origine syphilitique (*Ann. des mal. vénér.*, 1926).
- NOBÉCOURT et LEBÉE. — Convulsions de la première enfance et syphilis congénitale (*Soc. de Péd.*, 1928).
- PAUCOT. — Réactivation de syphilis apparemment éteinte par union consanguine de syphilis héréditaire (*Echo méd. du Nord*, 1928).
- PERKEL et ORETSCHKIN. — Zur Frage der Übertragung der Syphilis auf die dritte Generation (*Dermat. Zeitschr.*, 1923).
- PICCARDI. — Sifilide di seconda eredità (*Sezione Piemontese della Società Italiana di Dermat e sifil.*, 1929).

- PINARD. — Diagnostic et traitement de la syphilis pendant la gestation (*Clinique et labor.*, 1931).
- PINCHERLE. — Le trasmissione della sifilide congenita alla seconde generazione (*Minerva med.*, 1934).
- RENAULT. — Les enfants des syphilitiques (*Bull. médical*, 1927).
- RICHE. — Syphilis héréditaire de seconde génération par géniteur apparemment sain (*Thèse*, Lille, 1924).
- RIETCHEL. — Allgemeine Pathologie der angeborenen Syphilis (*Handb. f. Haut u. Geschlechtskr.*, 1919).
- SAMS. — Third generation in heredo syphilis (*American Journ. of Syphilis*, 1933).
- SANZ. — La syphilis au cours de la grossesse (*Monde méd.*, 1932).
- SIBLY. — Case of syphilis in third generation (*Lancet*, 1926).
- TARNOWSKI, FINGER et JULIEN. — Comptes rendus du XIII^e congrès international de Paris 1900 (*Sect. de dermat. et syphiligr.*).
- TERRIEN. — Kératite interstitielle hérédo-syphilitique (*Bruxelles méd.*, 1934).
- DE TONI. — Sulla sifilide di terza generazione (*Clinica pediatr. Modena*, 1925).
- TRYB. — Beitrag zur Kenntniss der Lues congenita in zweiter Generation (*Dermat. Wochschr.*, 1930).
- TUMPER. — Syphilis in the third generation (*American Journ. of Syphilis*, 1921).
- VERMELIN. — Hérédite syphilitique de troisième génération (*Soc. obstétr. et de gynéc.*, Nancy, 1927).
- WALKER. — Transmission of syphilis to the third generation (*St. Barthol. Hospit. Journ.*, 1924).

